

# 2026 Resumen de beneficios del plan médico

## ● Moda Health Affinity Silver 4400 Direct

|                                                                                                                                                                                                                                          | Lo que paga usted dentro de la red                                                         | Lo que paga usted fuera de la red |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Costos por año calendario</b>                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                                   |
| Deducible por persona                                                                                                                                                                                                                    | \$4,400                                                                                    | Sin cobertura                     |
| Deducible por familia                                                                                                                                                                                                                    | \$8,800                                                                                    | Sin cobertura                     |
| Desembolso máximo por persona                                                                                                                                                                                                            | \$8,150                                                                                    | Sin cobertura                     |
| Desembolso máximo por familia                                                                                                                                                                                                            | \$16,300                                                                                   | Sin cobertura                     |
| <b>Atención y servicios</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                                   |
| Visita de atención preventiva                                                                                                                                                                                                            | \$0/visita                                                                                 | Sin cobertura                     |
| Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)<br><i>Primeras 3 consultas (incluidas las consultas presenciales o virtuales para atención primaria y las visitas al consultorio para salud conductual): \$5/consulta</i> | \$35/visita                                                                                | Sin cobertura                     |
| Visita al consultorio del especialista                                                                                                                                                                                                   | \$70/visita                                                                                | Sin cobertura                     |
| Visita de atención urgente                                                                                                                                                                                                               | \$70/visita                                                                                | Sin cobertura                     |
| Visita de atención virtual – CirrusMD                                                                                                                                                                                                    | \$0/visita                                                                                 | Sin cobertura                     |
| Otros proveedores                                                                                                                                                                                                                        | \$10/visita                                                                                | Sin cobertura                     |
| Servicios ambulatorios de radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico                                                                                                                                                          | 35% después del deducible                                                                  | Sin cobertura                     |
| Visita a la sala de emergencias                                                                                                                                                                                                          | 35% después del deducible                                                                  | 35% después del deducible         |
| Ambulancia                                                                                                                                                                                                                               | 35% después del deducible                                                                  | 35% después del deducible         |
| Atención hospitalaria/ambulatoria                                                                                                                                                                                                        | 35% después del deducible                                                                  | Sin cobertura                     |
| Visita al consultorio de salud conductual                                                                                                                                                                                                | \$35/visita                                                                                | Sin cobertura                     |
| Visita de terapia física, ocupacional o del habla                                                                                                                                                                                        | \$70/visita                                                                                | Sin cobertura                     |
| Servicios de acupuntura y manipulación vertebral                                                                                                                                                                                         | \$35/visita                                                                                | Sin cobertura                     |
| Servicios dentales para menores de 19 años                                                                                                                                                                                               | Sin cobertura                                                                              | Sin cobertura                     |
| Examen de la vista para menores de 19 años                                                                                                                                                                                               | \$0/visita                                                                                 | Sin cobertura                     |
| Accesorios de visión para menores de 19 años                                                                                                                                                                                             | 0%                                                                                         | Sin cobertura                     |
| Examen de la visión para adultos                                                                                                                                                                                                         | Sin cobertura                                                                              | Sin cobertura                     |
| Medicamentos recetados                                                                                                                                                                                                                   | Un copago por 30 días de suministro. Máximo de \$35 por suministro de 30 días de insulina. |                                   |
| De valor                                                                                                                                                                                                                                 | \$2                                                                                        | \$2                               |
| Seleccionados                                                                                                                                                                                                                            | \$20                                                                                       | \$20                              |
| Preferidos                                                                                                                                                                                                                               | 40%                                                                                        | 40%                               |
| No preferidos                                                                                                                                                                                                                            | 50% después del deducible                                                                  | 50% después del deducible         |
| De especialidad preferidos                                                                                                                                                                                                               | 40%                                                                                        | Sin cobertura                     |
| De especialidad no preferidos                                                                                                                                                                                                            | 50% después del deducible                                                                  | Sin cobertura                     |
| <b>Características</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                                   |
| Nivel de metal                                                                                                                                                                                                                           | ● Plata                                                                                    |                                   |
| Intercambio                                                                                                                                                                                                                              | Fuera del intercambio                                                                      |                                   |
| Cobertura acreditable para la Parte D de Medicare                                                                                                                                                                                        | Acreditable                                                                                |                                   |
| Red de proveedores                                                                                                                                                                                                                       | Affinity                                                                                   |                                   |
| Otra red                                                                                                                                                                                                                                 | Aetna® PPO                                                                                 |                                   |
| Área de servicio                                                                                                                                                                                                                         | En todo el estado                                                                          |                                   |
| Beneficios adicionales                                                                                                                                                                                                                   | Ninguno                                                                                    |                                   |

Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura (RBC) y el manual del miembro para conocer los requisitos, limitaciones y exclusiones del Plan. Este documento se proporciona únicamente con fines informativos y está dirigido a los productores autorizados y designados de Moda Health. No es un RBC y no debe considerarse un sustituto del mismo. En caso de discrepancia entre la información de este resumen y el contrato, prevalecerá este último.